

Prevalencia de cáncer de cuello uterino en el Ecuador y estrategias para su reducción

*Dr. Bernardo Vega C.

**Dra. Catalina Sacoto C.

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer ginecológico a nivel mundial. Durante el año 2008 se presentaron 529,000 nuevos casos y 275.000 muertes por esta causa. En el Ecuador durante este mismo año se presentaron 1.224 nuevos casos y 331 muertes por esta causa. En los últimos 20 años no se ha presentado una reducción de la morbilidad y mortalidad por esta causa en nuestro país. El programa nacional de detección temprana del cáncer de cuello uterino prioriza la toma de citologías, sin concatenar las directrices internacionales para el seguimiento y tratamiento de las anomalías citológicas y precancerosas. Los países que han logrado reducir la incidencia y prevalencia de cáncer de cuello uterino han apuntado sus estrategias a fortalecer los programas de prevención, con protocolos de manejo basados en evidencias que incluyen la vacunación, la detección del VPH y la colposcopia diagnóstica e intervencionista.

Palabras clave: Cancer cervical, VPH.

ABSTRACT

The cervical cancer is the second more common gynecological cancer worldwide; during year 2008 were detected 529.000 new cases and 275.000 deaths by this cause. In the Ecuador during the same year were detected 1.224 new cases and 331 deaths by this cause. In the last 20 years was not detected a reduction of the morbidity and mortality by this cause in our country. The national program of early detection of cervical cancer points to obtains cervical smears without a concatenation the international directives for the follow up and treatment of the cytological abnormalities an precancerous lesions. The countries that have reached low the incidence of cervical cancer have pointed their strategies to strong the programs of prevention for this pathology, with protocols based on scientific evidence that includes vaccination, HPV detection and a diagnostic y interventionist colposcopy.

Key words: Cervical cancer, HPV

*Especialista en Ginecología y Obstetricia Diplomado Colposcopia y PTGI. Profesor Principal de Ginecología y Obstetricia Facultad de Ciencias Médica Universidad de Cuenca

** Especialista en Ginecología y Obstetricia Diplomado Colposcopia y PTGI. Medico tratante MSP

PERSPECTIVA MUNDIAL

El cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar de los cánceres ginecológico después del cáncer de mama.

Durante el año 2008 se presentaron a nivel mundial 529.000 nuevos casos y se produjeron 275.000 muertes, de las cuales 31.700 ocurrieron en América Latina. El 85% de las muertes se produjeron en países en vías de desarrollo.

La prevalencia de esta patología es un claro indicador de inequidad social pues denota la limitación para el acceso a prevención y tratamiento temprano de esta enfermedad considerada en la actualidad de transmisión sexual vinculado al virus del papiloma humano (VPH). En los países desarrollados la incidencia de nuevos casos por 100.000 habitantes oscila entre 5.5 a 9.4, en tanto que en los países en vías de desarrollo, alcanza niveles tan altos como 50 a 52.8x100.000 habitantes. La mortalidad va de la mano con la incidencia, en los países desarrollados la mortalidad oscila entre 1.7 a 2.9x100.000 habitantes en tanto que en los países en vías de desarrollo alcanza cifras de 34 a 38x100.000 habitantes^(1, 2).

INCIDENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ECUADOR

La Agency for Research on Cancer (IARC) indica que el Ecuador presentó durante el año 2008 una incidencia de nuevos casos de cáncer de cuello uterino de 27.1x100.000 habitantes en tanto que la mortalidad ascendió a 13.3x100.000 habitantes. Según el INEC, en el año 2009, el cáncer fue la segunda causa más frecuente de muerte en las mujeres ecuatorianas, luego de las enfermedades del sistema cardio – circulatorio.

En el año 2009 el cáncer cobró la vida de 4,763 mujeres en el país. Según la ubicación del cáncer en las mujeres, el lugar más frecuente fue en el estómago (730 casos) seguido del de mama (444), cáncer de útero no especificado (408), cuello uterino (331)⁽³⁾.

Desde 1990 la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Ecuador no ha sufrido variaciones significativas, sin embargo desde el año 2006 presenta un ligero incremento. La morbilidad por cáncer de cuello uterino presenta un ascenso sostenido desde el año 2005, pues en el año 2008 se presentaron 1.224 nuevos casos de cáncer de cuello⁽⁴⁾.

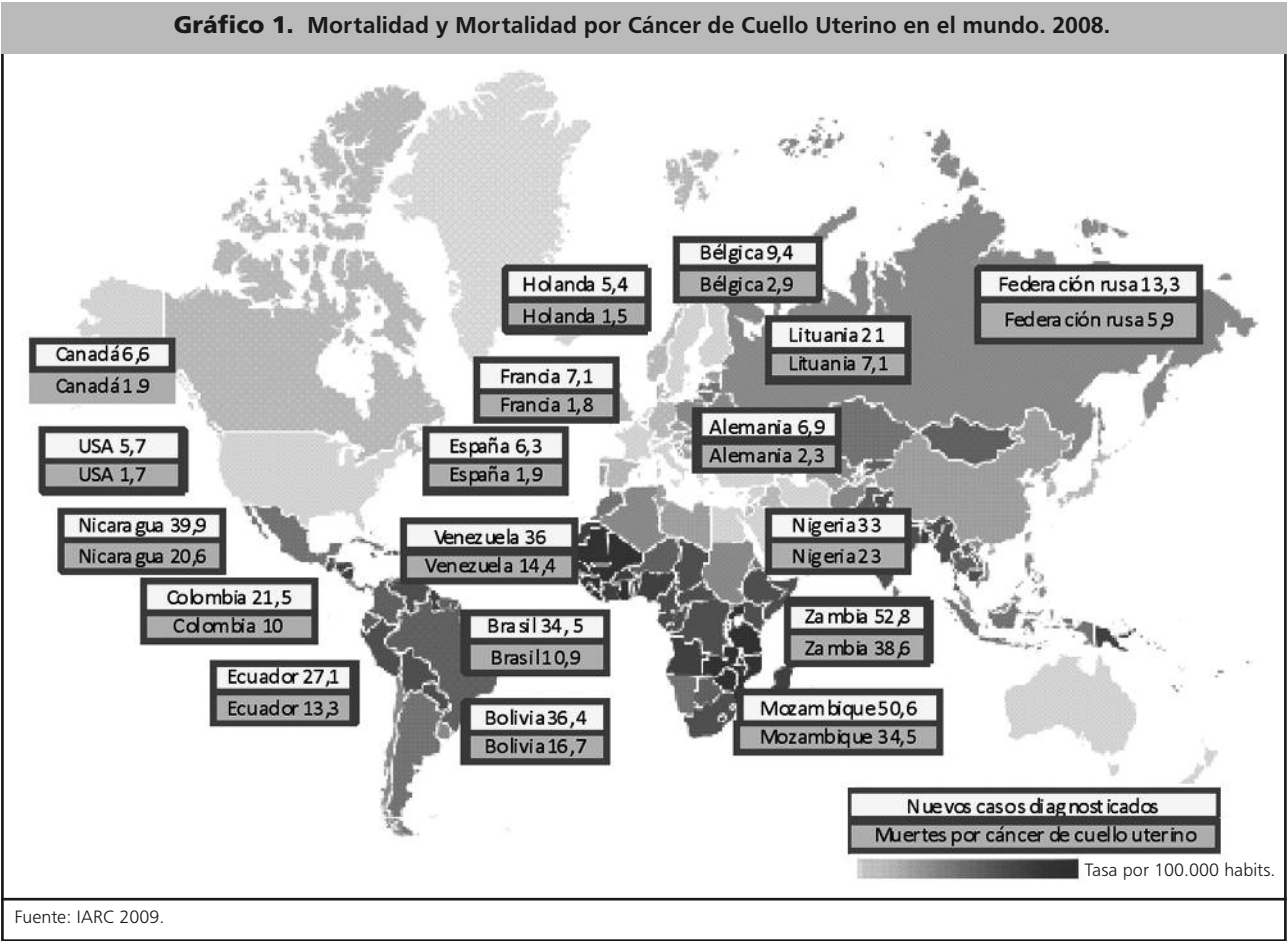
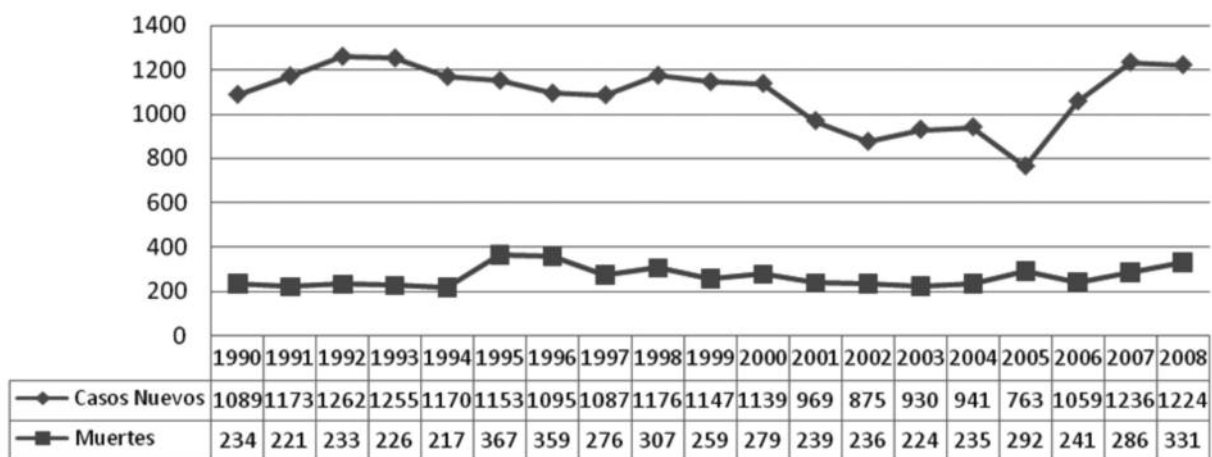


Gráfico 2. Morbilidad y Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino. Ecuador, 1990 -2009.



Fuente INEC

TENDENCIAS INTERNACIONALES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

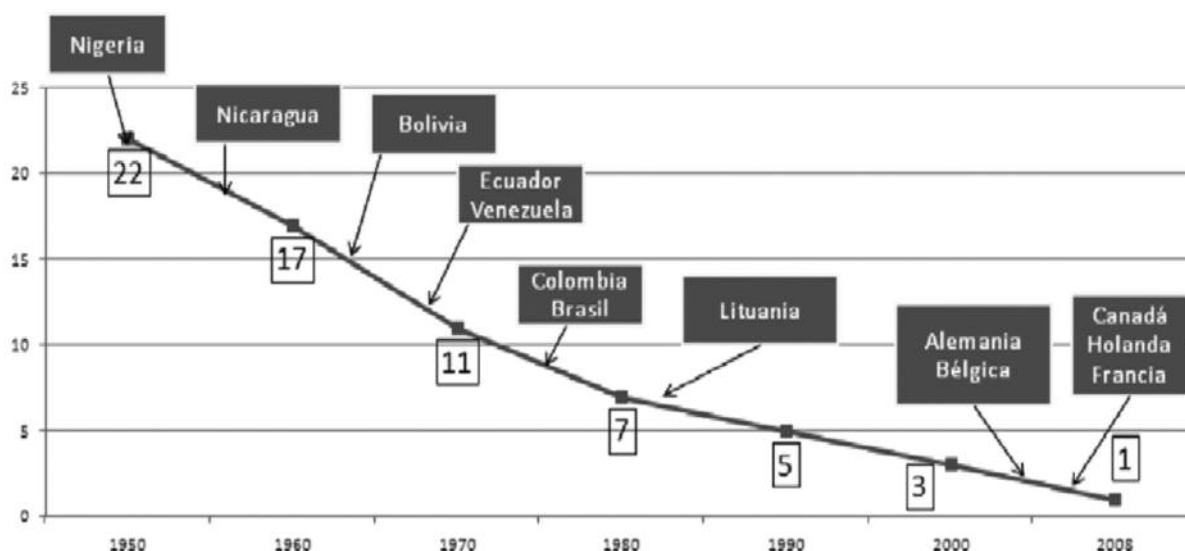
Las tasas internacionales de la prevalencia de cuello uterino muestran una constante y significativa baja más acentuada entre 1950-1970. (Ver gráfico No. 3)

En 1950 la tasa de cáncer de cuello uterino en Estados Unidos se encontraba en 22x100.000 habitantes, descendiendo para el año 2008 a 1.7. Las tasas de mortalidad por esta patología en el Ecuador son similares a las que tenía USA

en el año de 1965, bien se podría decir que el Ecuador tiene un retraso de 45 años al comparar los dos países. Las estrategias que han logrado reducir la prevalencia de cáncer de cuello uterino incluyen:

1. Programa de prevención de cáncer de cuello uterino.
2. Detección de VPH.
3. Vacunación profiláctica para VPH.
4. Protocolos de manejo para las anomalías citológicas del cuello uterino⁽⁶⁾.

Gráfico 3. Tendencia comparativa de la mortalidad por cáncer de cuello en Estados Unidos 1950- 2008 con otros países



Fuente NCI- IARC

PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El programa de prevención del cáncer de cuello uterino a nivel nacional ha priorizado la toma de citologías como método único de tamizaje para este tipo de cáncer.

Pese a que se evidencia un incremento en el número de tomas de PAP (Papanicolaou) entre 1990 hasta el año 2008 (317.112 PAP) la cobertura nacional no supera el 9% de toda las mujeres en edad fértil⁽⁷⁾.

CARACTERÍSTICAS DE UN PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Para tener características óptimas un programa de prevención de patología cervical debe evaluar diversos parámetros que incluyen las necesidades curativas y preventivas de la mujer, la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de los mismos.

1. Número de mujeres que se realizan citología.

El parámetro más elemental de control del cumplimiento del programa es el número de actividades que se realiza dentro del mismo. El número de citologías se ha incrementado en los últimos años, sin embargo cabe recordar que por sí sola esta estrategia no funciona pues la tasa de falsos negativos por citología en países desarrollados es de 30% pudiendo llegar al 50% en países pobres. Un factor que desalienta a la usuaria a nivel local es el tiempo

de espera del resultado, en los subcentros de salud puede oscilar entre 1 a 4 meses.

2. Calidad de las citologías

Cada laboratorio necesariamente debe llevar un control interno de calidad de sus citologías. Las normas internacionales recomiendan los siguientes parámetros:

- a. Las citologías insatisfactorias no deben superar el 10% (si sobrepasa este valor se debe evaluar la calidad de la toma, acompañada de capacitación).
- b. Se debe reevaluar al azar el 10% de todas las citologías negativas
- c. Se debe reevaluar el 100% de las citologías positivas.
- d. El porcentaje de positividad no debe superar el 2% (ASC US AGC o mayor)
- e. La correlación citología - biopsia debe alcanzar el 90%.

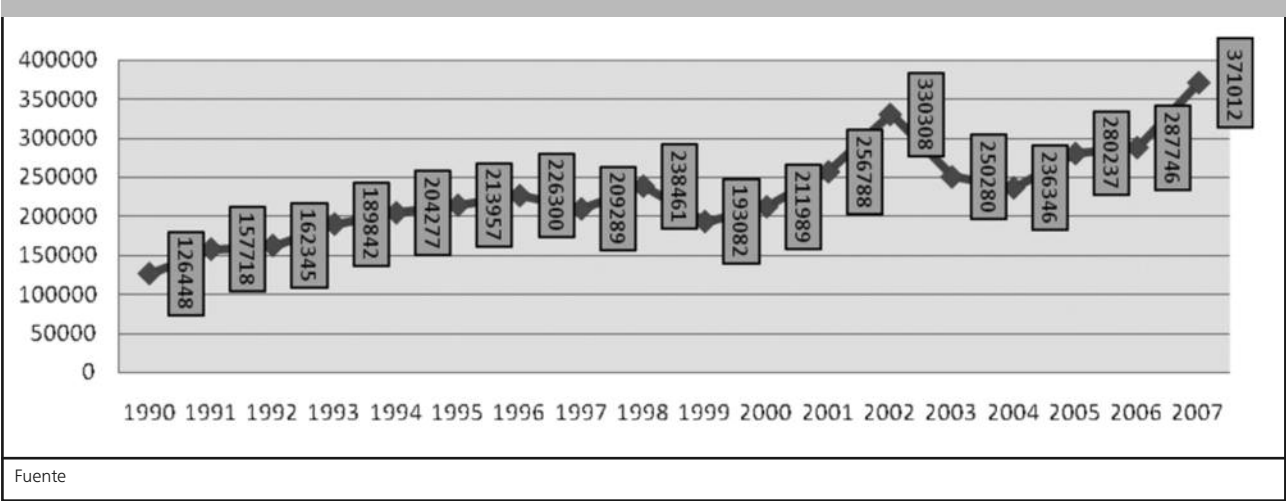
3. Población objeto

El programa debe alcanzar por lo menos al 80% de las mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino. La OMS recomienda un tamizaje a las mujeres con vida sexual entre los 20 a 65 años. Recordemos que la cobertura en nuestro país es de 9%.

4. Porcentaje de mujeres que continúan con el tratamiento.

El 30% de mujeres abandonan el control o seguimiento de una patología cervical por lo tanto es indispensable buscar los mecanismos técnicos que permitan identificar a la mujer con una anomalía citológica para evitar la progresión de la enfermedad.

Gráfico 4. Número de PAP realizados Ecuador 1990 - 2007

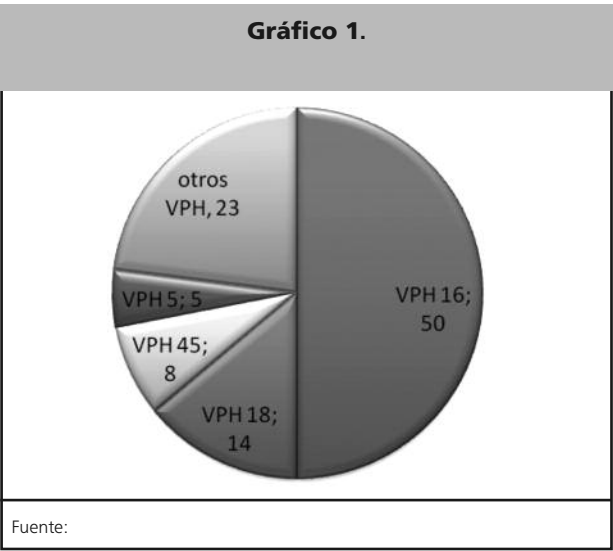


5. Tiempo entre el diagnóstico y tratamiento

Se recomienda que una vez diagnosticada una anomalía citológica, una mujer no debe esperar más de 6 meses antes de tener un tratamiento que reduzca el riesgo de progresión de la enfermedad⁽⁸⁾.

DETECCIÓN DE VHP

El virus del papiloma humano es el principal agente causal de cáncer de cuello uterino; se ha identificado VHP asociado al 99.7% de los cánceres cervicales y al 97.5% de las lesiones intra epiteliales (LIE)⁽⁹⁾.



Existen más de 200 subtipos de VPH. Se denomina de alto riesgo (HR) a aquellos que son capaces de integrar su genoma al de la célula infectada, haciendo que sus descendientes repliquen el genoma viral produciendo anomalías citológicas, que derivan en cáncer cervical. Los virus de bajo riesgo se mantienen en el citoplasma celular donde se replican, este último tipo de virus son capaces de producir verrugas genitales y se los denomina de bajo riesgo de cáncer (LR).

Los VPH HR más frecuentes son: HPV-16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59-68-69. El tipo más frecuente de VPH HR son el 16 y 18.

Los VPH LR más frecuentes con el 6-11-30-40.

De acuerdo a la inmunidad de la paciente el 60% de infecciones por VPH son transitorias, el 10% persistentes, 4% genera cambios citológicos leves y 1% presenta lesiones clínicas^(10,11).

Las posibilidades de que una mujer con VPH HR desarrolle LIE son de 45% versus 4% si se infecta con VPH LR. La sensibilidad de las pruebas de VPH son del 100%⁽¹²⁾.

VACUNAS PREVENTIVAS PARA EL VPH

Las vacunas para HPV utilizan la principal proteína estructural de la cápsula del virus (L1) sintetizada por tecnología recombinante en sistemas vectoriales. Luego de su síntesis, estas proteínas se auto ensamblan constituyendo las VLP (virus-like particles), cuya administración estimula la formación de anticuerpos específicos en títulos muy elevados, al menos 10 veces mayores a los producidos tras la infección natural⁽¹³⁾.

INDICACIONES PARA LA VACUNACIÓN ACIP

Se indica la vacuna a mujeres entre 13 y 26 años, idealmente la vacuna debería administrarse antes del inicio de las relaciones sexuales, sin embargo, las mujeres sexualmente activas también podrían beneficiarse⁽¹⁴⁾.

EFICACIA DE LA VACUNA

La efectividad para la prevención NIC2/3 AIS relacionada con VPH 16-18 alcanza 100% IC 92.9 - 100.

La efectividad para la prevención de verrugas genitales causadas por VPH 6-11 llega al 98.9% (vacuna cuadrivalente) IC 93.7- 100⁽¹⁵⁾.

PROTOCOLO DE MANEJO INICIAL CON RESULTADOS DE CITOLOGÍA ANORMAL

En el año 2006 la American Society of Coplposcopy and Cervical Pathology ASCCP elaboró las guías de consenso para el manejo con anomalías citológicas e histológicas del cuello uterino, esta guía basada en evidencia, da recomendaciones claras en cuanto al proceder con las diversas anomalías cervicales.

Un resumen de esta clasificación se expone a continuación pues puede resultar útil para el manejo de las citologías anormales en distintos niveles de atención.

Cuadro 2. Manejo inicial de las anomalías citológicas basada en evidencias.			
ANOMALÍA CITOLÓGICA	REPETIR CITOLOGÍA 6 MESES	TEST DE VPH	COLPOSCOPIA
ASC US	Aceptable	Recomendado	Recomendado
AGC, AGC Nos, AIS	Inaceptable	Recomendado	Recomendado
LIEBG	Aceptable	Recomendado	Recomendado
ASC H, LIEAG	Inaceptable	Aceptable	Recomendado
Fuente: Base de datos. Elaborado por: Dra. Lorena Encalada T.			

CONCLUSIONES

- El cáncer de cuello uterino se considera en la actualidad una enfermedad de transmisión sexual, causada por el VPH.
- El cáncer de cuello uterino es una patología prevenible mediante la vacunación y programas de detección oportuna.
- La colposcopia y la tipificación viral de VPH son herramientas fundamentales para el manejo del cáncer de cuello.
- El Ecuador no posee en la actualidad un programa organizado e integral para la prevención y manejo de las lesiones malignas y pre malignas del cuello del útero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cervical Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 International Agency for Research on Cancer IARC 2009 Url Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>
2. Shorge Jhon O et al Williams Ginecología Ed. Mc Graw Hill México Df, 2009.
3. Anuario de Nacimientos y Defunciones INEC 2009.
4. Anuario de Nacimientos y Defunciones INEC 2009.
5. Tasas de incidencia del cáncer de cuello uterino asociado al VPH por raza y grupo étnico Centro para el control y prevención de enfermedades CDC Url disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/statistics/cervical.htm>
6. Cervical Cancer National Cancer Institute NCI URL disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/cervical>
7. Anuario de Recursos y Actividades ICEN.
8. Planificación y aplicación de los programas de prevención y control de cáncer cervico uterino Manual para gestores Alianza para la prevención del cáncer 2006 OMS
9. Apgar S Bárbara et al. Colposcopia Principios y práctica Manual y atlas integrado Ed. Elsevier Madrid España 2009
10. Tasas de incidencia del cáncer de cuello uterino asociado al VPH por raza y grupo étnico Centro para el control y prevención de enfermedades CDC Url disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/statistics/cervical.htm>
11. Apgar S Bárbara et al. Colposcopia Principios y práctica Manual y atlas integrado Ed. Elsevier Madrid España 2009
12. Koutsky et al., New England Journal of Medicine 2008
13. Apgar S Bárbara et al. Colposcopia Principios y práctica Manual y atlas integrado Ed. Elsevier Madrid, 2009
14. Recommendations and Guidelines: Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) URL disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/default.htm>
15. Food and drugs administration product approval information location action for quadrivalent vaccine URL disponible en <http://www.fda/cber/label HPV>
16. Wright C. Thomas Jr, MD2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ URL disponible en: <http://www.asccp.org/consensus.shtml>.